

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ  
(Обзор литературы)

<sup>1</sup>Облокулов Захриддин Тулкинович., <sup>2</sup>Шоназаров Искандар Шоназарович.,  
<sup>2</sup>Шоназаров Сардор Искандарович

<sup>1</sup>Пахтачи туманлараро политравма ва уткир кон томир касалликлари маркази жаррохи

<sup>2</sup>Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10578105>

**Аннотация:** В обзоре отмечено, что в настоящее время не существует единого подхода к выбору объема первичной операции при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Операция простого ушивания перфорационного отверстия часто приводит к развитию осложнений и рецидиву язвенной болезни в отдаленном послеоперационном периоде. Резекционные способы операции, требующие достаточной квалификации оперирующего хирурга, дают хорошие отдаленные результаты, но сопровождаются более высокой послеоперационной летальностью. Поэтому подходы к выбору объема первичной операции у пациентов с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки требуют дальнейшего изучения.

**Ключевые слова:** Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, перфорация, хирургическое лечение.

CURRENT STATE OF SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED  
GASTRODUODENAL ULCERS  
(Literature review)

**Abstract:** The review noted that currently there is no single approach to choosing the volume of primary surgery for perforation of a duodenal ulcer. The operation of simple suturing of the perforation often leads to the development of complications and relapse of peptic ulcer in the long-term postoperative period. Resection methods of surgery, which require sufficient qualifications of the operating surgeon, give good long-term results, but are accompanied by higher postoperative mortality. Therefore, approaches to choosing the scope of primary surgery in patients with perforated duodenal ulcers require further study.

**Keywords:** Duodenal ulcer, perforation, surgical treatment.

**ВВЕДЕНИЕ**

Согласно Национальным клиническим рекомендациям «Прободная язва» (2020) в настоящее время применяют 3 типа операций при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки - ушивание перфорационного отверстия, иссечение язвы с возможной пилоропластикой и ваготомией, резекция желудка. В Национальных клинических рекомендациях «Прободная язва» (2020) указано, что «в настоящее время ушивание перфорационного отверстия выполняют до 94% больных, иссечение язвы выполняют у 2 - 11% больных. Резекцию желудка рекомендуют выполнять при невозможности применения более простого оперативного пособия».

Сегодня удельный вес операции простого ушивания перфорации при перфоративной язве составляет 75 - 100%, так как во многих регионах нашей страны эта операция является операцией выбора при прободной язве. В первые 12 часов от момента перфорации поступает 79,7% больных с перфорацией пилородуоденальной язвы, у этих пациентов

явления перитонита не выражены и они способны перенести любой вариант этиопатогенетического оперативного пособия.

В последнее десятилетие XX века были разработаны и внедрены миниинвазивные эндовидеохирургические вмешательства на желудке и двенадцатиперстной кишке при язвенной болезни и ее осложнениях. Именно стремление хирургов излечить пациента от язвенной болезни с нанесением ему минимальной травмы привело к разработке этих технологий.

Лапароскопическое тампонирование перфорационного отверстия большим сальником простой и эффективный метод лечения перфорации язвы. A. Dodiya-Manuel et al. (2015) сделал вывод о том, что тампонирование перфорационного отверстия прядью большого сальника с последующей эрадикацией *Helicobacter pylori* эффективный метод лечения данной категории больных [13].

Было отмечено, что результаты лечения пациентов с перфоративными язвами зависят от сроков поступления в стационар, сопутствующей патологии, возраста и метода оперативного пособия. Применение миниинвазивных технологий в такой ситуации сокращает количество послеоперационных осложнений и ускоряет социально-трудовую реабилитацию больного.

S. Guadagni et al. (2019) считают противопоказанным лапароскопическое вмешательство при перфорации язвы у пациентов с оперативными вмешательствами на верхнем этаже брюшной полости в анамнезе, наличии кардиореспираторных заболеваний и наличии шока при поступлении. Высокую вероятность конверсии прогнозируют у пациентов с перфорационным отверстием 1,5 см и более, наличием язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки и Мангеймским индексом перитонита более 25 баллов [15].

Противопоказаниями для лапароскопической коррекции перфоративной язвы являются длительность заболевания более 24 часов, возраст более 70 лет и выраженный перитонит.

Использование NOTE технологии при лапароскопических вмешательствах при перфоративных язвах является многообещающим, но требует строгого отбора пациентов. Особенно NOTE технологию следует использовать у пожилых пациентов и пациентов с ослабленным иммунитетом.

О.Х. Халидов и соавт. (2015) считают, что операция лапароскопического ушивания является альтернативой открытому методу хирургического лечения. Лапароскопическая технология имеет свои противопоказания, к которым относится размер перфорационного отверстия более 10 мм, длительно существующие каллезные язвы [8].

Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы может быть выполнена пациентам с перфоративной язвой пилородуоденального канала небольших размеров при отсутствии других осложнений язвенной болезни. Некоторые авторы добавляют, что эндовидеохирургическое ушивание перфоративной язвы может быть выполнено только пациентам с малыми сроками от момента прободения.

Другие авторы считают, что операцией выбора при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки должна стать операция ушивания из минилапаротомного доступа, которую можно выполнить у большинства пациентов с последующей лапароскопической санацией брюшной полости. Методика, при необходимости, позволяет выполнить и ваготомию на этапе лапароскопии. Выполнение стволовой ваготомии необходимо только 13% таких пациентов, если у них имеются другие осложнения язвенной болезни или

множественные язвы двенадцатиперстной кишки. Гнойный распространенный перитонит или противопоказания к выполнению миниинвазивных операций являются показанием к применению лапаротомного доступа для ушивания перфорации язвы.

S. Tan et al. (2016), Q. Wang et al. (2017) провели сравнительный анализ эффективности и безопасности лапароскопического и лапаротомного доступа при лечении пациентов с перфоративными язвами и сделали вывод о том, что не имеется статистически значимых отличий между этими методами по безопасности, летальности и необходимости повторной операции, а также по количеству легочных и абдоминальных септических осложнений [19, 21].

По данным M. Wilhelmsen et al. (2015) повторная операция потребовалась 20% пациентам с перфорацией язвы. При лапароскопии риск повторной операции был ниже, чем при открытой операции или при конверсии доступа [22].

Неудовлетворительные результаты отличались статистически значимо в зависимости от оперативного доступа и составили 10,9% при лапароскопическом лечении перфорации язвы против 27,5% при открытом оперативном пособии.

В 0,5 - 5,2% наблюдений после лапароскопических вмешательств была диагностирована несостоятельность наложенных на кишку швов, которая привела к развитию генерализованного перитонита отметили после лапароскопического ушивания перфоративной язвы желудочно-кишечное кровотечение из «зеркальной» язвы в 0,5% наблюдений, в последующем в течение 6 месяцев у 0,5% пациентов развился пилородуоденальный стеноз. S.Y. Kim et al. (2017) считают необходимым укреплять линию швов на двенадцатиперстной кишке при лапароскопических вмешательствах большим сальником для снижения риска несостоятельности [18]. M. Boshnaq et al. (2016) предложили использовать серповидную связку печени при лечении пациентов с перфоративной язвой в случае невозможности использования большого сальника [10].

П.А. Ярцев и соавт. (2015) предложили эндоскопическую классификацию перфораций язвы, в которой учитывали диаметр перфорации (< 2мм - I степень; > 2 мм и < 5 мм - II степень; > 5 мм и < 10 мм - III степень; > 10 мм - IV степень) и величину инфильтративного вала (< 5 мм - тип А; > 5мм и < 10мм - тип В; > 10мм - тип С). Выбор способа операции авторы осуществляют на основании разработанной классификации. Ушивание перфорации Z-образным швом показано при язвах классов 1А, 1В или 11А. Ушивание перфорации отдельными однорядными швами выполняют при классе язвы 1С и 11В. А вот при классе язвы 3А и 11В ушивать перфорацию следует уже отдельными двухрядными швами. Конверсия показана при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки класса 11С, ШС, ^А, IV8 и IVG Данный подход к выбору операционного доступа и техники операции по мнению авторов позволяет стандартизировать подходы к лечению таких пациентов [9].

Частота конверсий составляет от 7,9% до 12,4% и увеличивается при размерах язвы более 6 мм, каллезных краях язвы, сочетании перфорации с желудочно-кишечным кровотечением, нетипичном расположении язвы и наличии шока факторы риска для конверсии - возраст более 32 лет, усиление боли, почечная недостаточность, затруднение перитонеального лаважа и наличие хронической язвы. По мнению J.H. Kim et al. (2015) значимым фактором риска конверсии является только размер язвы. Пациенты с размером перфорации 9 мм и более и длительностью заболевания 12,5 часов и более статистически значимо имеют более высокий риск конверсии и несостоятельности наложенных швов [17].

M. Zimmermann et al. (2021) показали, что конверсия оперативного доступа при перфоративной язве не приводит к увеличению летальности. Так, летальность в группе пациентов с конверсией доступа не была выше чем у пациентов, которым сразу применили открытый доступ [23].

В настоящее время выделяют следующие показания к конверсии доступа: наличие спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, что затрудняет возможности визуализации перфоративного отверстия; технические возможности его эндовидеохирургического ушивания; диаметр перфоративного отверстия более 1 см; плотный язвенный инфильтрат, делающий невозможным сведение краев перфорационного отверстия эндоскопическим методом; наличие гнойного распространенного перитонита; повторная перфорация язвы или сочетание перфорации язвы с кровотечением из язвы; сочетание перфорации язвы с рубцово-язвенным стенозом; наличие выраженного пареза кишечника и отсутствие возможности выполнить назогастроинтестинальную интубацию кишечника.

Таким образом, в настоящее время уточнение показаний к лапароскопическому доступу при перфорации дуоденальной язвы требует дальнейшего изучения.

При решении вопроса об объеме первичной операции следует учитывать возможность ее выполнения (длительность от момента перфорации, возраст, сопутствующая патология, наличие признаков шока. Далее следует дать оценку интраоперационной ситуации (стеноз привратника, повторная перфорация, множественные язвы, диаметр перфорационного отверстия более 2 см). Немаловажным фактором является наличие опыта выполнения резекции желудка у оперирующего хирурга.

Большинству пациентов с перфоративными язвами в настоящее время выполняют минимальные по объему паллиативные вмешательства, а излечение пациента от язвенной болезни считают делом терапевтов. Ряд авторов считают, что принцип хирургического лечения язвенной болезни должен заключаться в следующем: «до операции - язвенный больной, после операции - практически здоровый человек».

Удельный вес резекции желудка при оперативном лечении перфоративной язвы колеблется от 1 до 35%. Показатели послеоперационной летальности при операции резекции желудка составляют 4 - 12%, в то время как при операции простого ушивания перфоративного отверстия показатели летальности равны 1 - 27%. Летальность после операции ушивания перфоративной язвы составила 36,0%, после операции резекции желудка летальность составила 3,1%. При этом авторы отметили значительное повышение показателей летальности в группе больных старше 75 лет. В группе больных с ушиванием перфоративной язвы наблюдаются самые высокие показатели послеоперационной летальности.

Для 30,1% пациентов с перфоративными язвами первичная резекция желудка являлась необходимым и возможным видом оперативного вмешательства. N. Chereau et al. (2016) считают антрумрезекцию с наложением гастродуоденоанастомоза безопасной и эффективной операцией с низким уровнем хирургических осложнений и хорошими отдаленными результатами у пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки [11].

Многие авторы считают, что широкое внедрение операции ушивания при перфорации язвы себя не оправдало. Поэтому в такой ситуации следует выполнять радикальные операции, если к ним нет противопоказаний.

В.Е. Розанов и соавт. (2015) считают оптимальным при перфорации язвы дополнять лапароскопическое ушивание язвы комбинированной ваготомией по T. Taylor [6].

И.С. Малков и соавт. (2015) разработали петлевой пломбирующий шов для эндоскопического ушивания перфорационного отверстия. Этот шов обеспечивают простоту и надежность ушивания, так как в его основу положен принцип аутопластического закрытия дефекта, разработанный еще В.А. Оппелем и Н. Поликарповым. Отличие данного способа от способа Оппеля-Поликарпова заключается не во введении большого сальника на ножке в просвет кишки, а пломбировка им дефекта только на толщину стенки за счет оригинального шва [4].

К. Jani et al. (2016) оценили результаты лечения больных с размерами перфорационного отверстия двенадцатиперстной кишки более 20 мм и отметили, что при тампонировании перфорационного отверстия сальником можно избежать несостоятельности [16].

У 63,4% больных после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки имеются признаки субкомпенсированного пилородуоденального стеноза. После дуоденопластики полученные данные отражали компенсированный характер моторики со своевременной эвакуацией из желудка в двенадцатиперстную кишку.

В городских и районных больницах операцией выбора должна быть операция ушивания перфоративной язвы, как минимальная по объему операция. При наличии технической возможности ее следует выполнить лапароскопически. Если хроническая язва большая по размерам и ее невозможно ушить, следует иссечь язву с выполнением пилоро- или дуоденопластики.

Некоторые авторы считают операцией выбора при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки операцию дуоденопластики с иссечением язвы и использованием дренирующих операций, которая дает хорошие результаты воздействуя на все звенья патогенезе.

Л.И. Василенко (2015) для увеличения надежности дуоденопластики разработал методику пластического закрытия дефекта дуоденальной стенки собственным лоскутом из передней стенки двенадцатиперстной кишки [1].

У больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки при сочетании нескольких осложнений язвенной болезни оптимальным методом оперативного вмешательства является проксимальная желудочная ваготомия (задняя стволовая ваготомия с передней серомиотомией тела и кардиофундального отдела желудка), иссечение язвы с поперечной пилоропластикой или дуоденопластикой.

Оптимальным оперативным пособием в лечении перфоративных язв является селективная ваготомия с ушиванием язвы и дуоденопластикой, так как эта операция дает низкую послеоперационную летальность и хорошие функциональные результаты. Противопоказаниями к ее выполнению являются: гнойный перитонит, каллезная язва и наличие других осложнений язвенной болезни помимо перфорации.

При выполнении операции по поводу перфорации язвы двенадцатиперстной кишки не следует забывать о возможности сочетания осложнений язвенной болезни и возможности наличия «зеркальных» язв.

М. Тимербулатов и соавт. (2015) считают, что при сочетании нескольких осложнений язвенной болезни следует выполнять операцию резекции желудка или пилоропластики с ваготомией [7].



Резекция желудка должна оставаться среди возможных оперативных пособий при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом поскольку резекция желудка по способу Бильрот-I дает меньшую летальность, низкий процент послеоперационных осложнений и более хорошие отдаленные результаты, именно на ее выполнение должен быть ориентирован хирург.

Чаще всего перфорация язвы сочетается с пилородуоденальным стенозом, не устранение которого при простом ушивании перфорационного отверстия, является причиной ранних релапаротомий и летальных исходов и неблагоприятных отдаленных результатов. Устранение пилородуоденального стеноза уменьшает послеоперационную летальность и позволяет избежать стенотических послеоперационных осложнений.

Лечение больных с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки является до сих пор предметом обсуждения, что указывает на необходимость уточнения его основополагающих принципов. Оптимальным вариантом в лечении таких пациентов авторы считают диагностическую лапаротомию и пломбировку перфорационного отверстия большим сальником. При больших язвах высокий риск несостоятельности при ушивании перфорации делает обоснованным выполнение операции резекции желудка.

Принцип подавления кислотообразования лежит в основе обоснования применения операций резекция желудка и ваготомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а также применения H<sub>2</sub>-блокаторов и ингибиторов протонной помпы.

При сравнении результатов операции простого ушивания и пилоропластики с ваготомией у пациентов с перфоративной язвы получили одинаковые результаты, однако пациенты с операцией пилоропластики и ваготомии требовали более длительной госпитализации. Выполнение пилоропластики со стволовой ваготомией уменьшает риск развития ишемического инсульта в послеоперационном периоде по сравнению с пациентами, которым было выполнено простое ушивание перфорационного отверстия.

C.W. Fang et al. (2017) выполнили органосохраняющие операции 95,4% пациентов с перфоративными язвами, остальным пациентам потребовалось выполнение операции резекции желудка [14]. R. Tanaka et al. (2022) не отметили статистически значимой разницы по длительности пребывания в стационаре и частоте послеоперационных осложнений между органосохраняющими операциями и операцией резекции желудка при перфоративных язвах. Но при операции резекции желудка было более длительное время операции и количество перелитых компонентов крови [20].

Операция простого ушивания перфорационного отверстия при своей внешней простоте не лишена недостатков. У 50 - 90% больных отмечается рецидив язвы после простого ушивания перфорационного отверстия, 60% больных в течение 10 лет подвергаются повторным операциям вследствие развития осложнений язвенной болезни - стеноза, кровотечения, повторной перфорации или сочетания нескольких осложнений.

Простое ушивание язвы с последующей медикаментозной терапией влечет за собой рецидив язвообразования у 78,4% больных и впоследствии требует проведения радикальной операции у 21,5% больных. Постваготомические расстройства и рецидив язвенной болезни отмечен у каждого третьего пациента, перенесшего стволовую ваготомию с дренирующей желудок операцией. Лучшие отдаленные результаты лечения были получены после первичной резекции желудка

Рецидив язвы развился у почти 63% пациентов после операции простого ушивания перфорационного отверстия в сроки от 1 до 16 лет. Из них у почти 83% больных рецидив

язвенной болезни развился в течение первых 5 лет, а у оставшихся 17% больных рецидив развился спустя 5 лет. Пик рецидивов язвенной болезни и развития ее осложнений приходится на первый год после операции ушивания перфорации - 47,5% больных.

В результате радикальное оперативное пособие было выполнено почти 92% пациентов с рецидивом язвенной болезни после операции ушивания перфорационного отверстия. Это составило 54% от общего числа пациентов, которые были оперированы по поводу перфоративной язвы.

Высокую частоту рецидивов язвенной болезни на уровне 30 - 50% после операции простого ушивания перфорационного отверстия и считают это отрицательной стороной операции простого ушивания перфорационного отверстия. Максимальная частота рецидивов язвенной болезни приходится на 3 - 4 год после ушивания.

U.K. Coblijn et al. (2015) показали, что курение, прием кортикостероидов и нестероидных противовоспалительных средств повышает риск рецидива язвы после оперативного лечения по поводу язвенной болезни [12].

А.А. Кульчиев и соавт. (2015) считают, что у почти 68% пациентов отдаленные результаты после операции ушивания перфоративной язвы следует признать неудовлетворительными, и только у 5% пациентов эту операцию можно признать эффективной и обоснованной [2]. Чаще всего неблагоприятные исходы связаны с нарастанием в зоне ушивания явлений стеноза.

У большинства больных, которым выполнено видеоэндоскопическое ушивание перфоративной язвы, наступает рубцевание язвенного дефекта на фоне проводимой консервативной терапии. При этом в желудке сохраняются выраженные морфофункциональные изменения, который и способствуют рецидиву язвы.

А.А. Погосян и соавт. (2015) показали, что пациенты, перенесшие операцию ушивания перфоративной язвы, подлежат диспансерному наблюдению хирурга и гастроэнтеролога в течение 3 лет, так у них часто развивается рецидив язвенной болезни [5].

А. Майстренко и соавт. (2015) считают, что всем больным после операции по поводу перфоративной язвы показано назначать антисекреторную терапию в течение двух с половиной недель, а пациентам, инфицированным *Helicobacter pylori*, дополнительно следует назначать трехкомпонентную эрадикационную терапию [3].

С помощью диспансерного наблюдения с проведением курсов медикаментозного лечения можно снизить лишь на 25% частоту рецидивов язвенной болезни и развития осложнений язвенной болезни, требующих оперативного лечения.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в настоящее время не существует единого подхода к выбору объема первичной операции при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Операция простого ушивания перфорационного отверстия часто приводит к развитию осложнений и рецидиву язвенной болезни в отдаленном послеоперационном периоде. Резекционные способы операции, требующие достаточной квалификации оперирующего хирурга, дают хорошие отдаленные результаты, но сопровождаются более высокой послеоперационной летальностью. Поэтому подходы к выбору объема первичной операции у пациентов с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки требуют дальнейшего изучения.

**Литература :**

1. Abdullaev S. et al. Problems of Diagnostics, Prevention and Surgical Tactics of Treatment of Adhesive-Intestinal Obstruction //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2289-2294.
2. Akhmedov S. K. et al. Значение раннего энтерального питания у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензии при тяжелом остром панкреатите //Инновационное развитие: потенциал науки и современного образования. – 2020. – С. 274-276.
3. Shonazarov I. et al. Analysis of the results of surgical tactics and treatment in patients with acute necrotic pancreatitis //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3130-3135.
4. Shonazarov I. et al. Diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction with using laparoscopic method //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3192-3198.
5. Shonazarovich S. I. et al. ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ САБАБЛИ ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ДАВОЛАШДА МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАРНИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
6. Shonazarovich S. I. et al. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ КОРРЕКЦИЯСИДА ДИАПЕВТИК ВА РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАР АРАЛАШУВЛАРНИ ҚЎЛЛАШ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
7. Temirovich A. M. et al. Prevention and treatment of intraabdominal hypertension in patients with peritonitis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 75-79.
8. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – Т. 44. – С. 100532.
9. Абдуллаев С. А. и др. КЛАССИФИКАЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.
10. Абдуллаев С. А. и др. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ И ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 19-20.
11. Ачилов М. Т. и др. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мирizzi //Re-health journal. – 2020. – №. 2-2 (6). – С. 111-113.
12. Ачилов М. Т. и др. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
13. Ачилов М. Т. и др. ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ РЕЗЕКЦИЯ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ ТУРЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 110-118.
14. Ачилов М. Т. и др. Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 38-42.
15. Ачилов М. Т. и др. Ручной колоанальный или аппаратный колоректальный анастомоз //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 43-44.
16. Kurbonov N. A. et al. MANAGEMENT OF THE MIRIZZI SYNDROME AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF CHOLECYSTCHOLEDOCHAL FISTULA //INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE. – 2021. – С. 24-32.



17. Kurbonov N. A. et al. MANAGEMENT OF THE MIRIZZI SYNDROME AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF CHOLECYSTCHOLEDOCHAL FISTULA //INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE. – 2021. – С. 24-32.
18. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
19. Кадыров Р. и др. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 44-47.
20. Камолидинов С. А. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости //World science: problems and innovations. – 2020. – С. 270-275.
21. Курбанов Н. А. и др. Differentiated surgical tactics for Mirizzi syndrome in patients with cholelithiasis //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – №. 1. – С. 56-61.
22. Курбонов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME //ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
23. Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
24. Курбонов Н. А., Карабаев Н. А., Тагаев К. Р. ОЖОГОВЫЙ ШОК У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 48-48.
25. Курбонов Н. А., Карабаев Х. К., Нормаматов Б. П. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 47-47.
26. Мустафакулов И. Б. и др. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 175-182.
27. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
28. Облакулов З. Т. и др. Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 70-73.
29. Рузиев П. Н. и др. Опыт консервативного лечения повреждения селезенки при закрытой травме живота //Скорая медицинская помощь-2022. – 2022. – С. 109-110.
30. Рузиев П. Н. и др. Результаты лечения тромбоза мезентериальных сосудов //Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения. – 2018. – С. 190-191.
31. Сабиров Б. и др. Лечебно-диагностическая видеолапароскопия в экстренной хирургии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 70-72.
32. Турсунов О. А. и др. В условиях экстренной медицинской помощи растворы кристаллических аминокислот для дополнительного парентерального питания в интенсивной терапии больных оперированных на желудочно-кишечном тракте //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 221-228.

33. Тухтаев Б. Х. и др. Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 79-82.
34. Шо Назаров И. и др. Наш опыт диагностики и лечения повреждений двенадцатиперстной кишки при сочетанной абдоминальной травме //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 3 (96). – С. 122-125.
35. Шо Назаров И. Ш. и др. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16. – №. 1. – С. 26-29.
36. Шо Назаров И. Ш. и др. ЧРЕСДРЕНАЖНАЯ САНАЦИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБЦЕСОВ ПЕЧЕНИ //Finland International Scientific Journal of Education, Social Science & Humanities. – 2023. – Т. 11. – №. 1. – С. 807-816.
37. Шо Назаров И. Ш. и др. Этапное лечение острого холангита с предварительной декомпрессией желчных протоков //Finland International Scientific Journal of Education, Social Science & Humanities. – 2023. – Т. 11. – №. 1. – С. 817-824.
38. Шо Назаров И. Ш. Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости : дис. – Ташкент, 2008.
39. Шо Назаров И. Ш., Адизов Ф. Э. У. ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕЧЕНИЙ ОСТРОЙ ТОНКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 227-235.
40. Шо Назаров И. Ш., Ачилов М. Т. НОВЫЕ МЕТОДЫ И ДИАГНОСТИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 148-153.
41. Юлдашев Ш. С. и др. Болада ёт жисм таъсирида кизилунгач перфорациям //Вестник экстренной медицины. – 2016. – №. 4. – С. 69-71.
42. Янгиев Б. А. и др. Тактические подходы в современном лечении травматических повреждений печени //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 204-210.